

## **DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ RELATIVE AU REFUS DE PROTOCOLE DE COMMOTION CÉRÉBRALE**

**Je soussigné(e), [Nom du parent/tuteur], en ma qualité de parent/tuteur légal de [Nom de l'enfant ou de l'adolescent], participant à [Nom de l'activité sportive/club], reconnais par la présente que :**

**1. Protocole de commotion cérébrale et risques associés :**

Je comprends que dans le cadre de l'activité sportive à laquelle mon enfant participe, des risques de blessures, y compris des commotions cérébrales, peuvent survenir. En cas de commotion cérébrale, un protocole de gestion spécifique est mis en place, comprenant une période de repos et la consultation obligatoire d'un professionnel de la santé avant toute reprise d'activité.

Cependant, je reconnais que dans certaines situations, un parent/tuteur peut décider de ne pas suivre ce protocole, à ses risques et périls.

**2. Refus de suivre le protocole médical :**

En tant que parent/tuteur, je m'engage à respecter les protocoles en place pour la santé et la sécurité de mon enfant. Cependant, dans le cas où mon enfant subirait une commotion cérébrale pendant la saison, je comprends que le retour au jeu sans consultation préalable d'un professionnel de la santé est un choix qui m'appartient. Je confirme que si je choisis de ne pas suivre le protocole de gestion de la commotion, cela sera fait sous ma seule responsabilité.

**3. Compréhension des risques :**

Je suis pleinement conscient(e) des risques graves liés à un retour prématuré au jeu après une commotion cérébrale, notamment l'aggravation de la blessure initiale, le risque de commotion répétée, ou encore des conséquences à long terme sur la santé de mon enfant. J'accepte ces risques si je décide de ne pas consulter un professionnel de la santé ou de ne pas suivre le protocole établi.

**4. Renonciation à toute réclamation :**

En signant cette décharge, je renonce à toute réclamation, poursuite, demande ou action légale contre Club de Soccer Les Montagnards, ses employés, bénévoles ou représentants, en cas de blessure, de complication ou d'aggravation de l'état de santé de mon enfant suite à un retour au jeu prématuré, sans avoir consulté un professionnel de la santé.

**5. Engagement à informer :**

En tant que parent/tuteur, je m'engage à informer immédiatement Club de Soccer Les Montagnards si mon enfant présente des symptômes de commotion cérébrale

après avoir repris les activités sportives ou dans le cas où je choisis de ne pas respecter les protocoles médicaux recommandés.

**Je reconnais avoir lu et compris le contenu de cette décharge, ainsi que les risques associés, et je consens à ce que mon enfant participe à Club de Soccer Les Montagnards sous réserve des conditions énoncées ci-dessus.**

Signé le [date], à [lieu].

**Signature du parent/tuteur :**

---

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**Nom du participant (enfant/adolescent) :**

---

Date de naissance : \_\_\_\_\_